

## ملحق برنامج منافع كوبونات طعام يؤهل مقتربين جنائية المخدرات

بسبب تغيرات في قوانين كوبونات الطعام التي أصبحت نافذة بدءاً من 1 يناير 2005 قد تكون مؤهلاً لمنافع كوبونات الطعام رغمما عن الحكم عليك بجنائية مخدرات. رجاء الإجابة على السؤال التالي ومن ثم أقرأ ووقع على هذا النموذج. إذا كان لديك أي أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على المزيد من المعلومات، رجاء الاتصال بالموظف المسؤول عن قضيتك.

<p><b>لاستعمال الكاونتي فقط:</b></p> <p>1. منذ 22 أغسطس (آب)، 1996، حكم عليك أنت أو أحد أفراد أسرتك باقتراف جنائية تتعلق بالمخدرات؟ هل كان الحكم لأي سبب من الأسباب التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نقل أو استيراد إلى الولاية أو بيع أو توفير أو إدارة أو منح أو التداول للبيع أو الشراء لأجل البيع أو تصنيع أو معالجة مواد تشكل منها مواد أخرى بقصد تصنيع مادة مخدرة ممنوعة أو زراعة أو حصد المرهوانة المخدرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>• تشجيع أو حث أو استجواب أو إرغام شخص قاصر بالتهديد للمساهمة في أي من النشاطات أعلاه. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> </ul> <p>2. هل أنت أو أحد أفراد عائلتك:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. أكملت برنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>b. اشتراك في برنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>c. التحقت ببرنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>d. وضعت في لائحة انتظار للالتحاق ببرنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>e. توقيفت عن استعمال مخدرات ممنوعة ولديك ما يثبت بأنك توقيفت فعلاً.</li> </ul> <p>إذا كان الجواب نعم، رجاء التوضيح وإرفاق إثبات بذلك (أو اتصل بالموظف المسؤول عن قضيتك).</p>	<p>لاستعمال الكاونتي فقط:</p> <p>1. منذ 22 أغسطس (آب)، 1996، حكم عليك أنت أو أحد أفراد أسرتك باقتراف جنائية تتعلق بالمخدرات؟ هل كان الحكم لأي سبب من الأسباب التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نقل أو استيراد إلى الولاية أو بيع أو توفير أو إدارة أو منح أو التداول للبيع أو الشراء لأجل البيع أو تصنيع أو معالجة مواد تشكل منها مواد أخرى بقصد تصنيع مادة مخدرة ممنوعة أو زراعة أو حصد المرهوانة المخدرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>• تشجيع أو حث أو استجواب أو إرغام شخص قاصر بالتهديد للمساهمة في أي من النشاطات أعلاه. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> </ul> <p>2. هل أنت أو أحد أفراد عائلتك:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. أكملت برنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>b. اشتراك في برنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>c. التحقت ببرنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>d. وضعت في لائحة انتظار للالتحاق ببرنامج لمعالجة الإدمان على المخدرات معترف به من قبل الحكومة. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</li> <li>e. توقيفت عن استعمال مخدرات ممنوعة ولديك ما يثبت بأنك توقيفت فعلاً.</li> </ul> <p>إذا كان الجواب نعم، رجاء التوضيح وإرفاق إثبات بذلك (أو اتصل بالموظف المسؤول عن قضيتك).</p>
---	--

### عقوبات الاحتيال للحصول على كوبونات طعام

هناك عقوبات جديدة للاحتيال للحصول على كوبونات طعام

إني مدرك بأنه إذا حكم علي بخرق البرنامج عن قصد وإعطائي معلومات خاطئة أو غير كاملة، قد أجبرد من تأهيلي لمدة سنة واحدة **لـ الاختراق الأول ولمدة سنتين لـ الاختراق الثاني وللأبد لـ الاختراق الثالث**. إذا وجدت أي محكمة قضائية بأني قد تاجرت بكوبونات الطعام للحصول على مخدرات ممنوعة، سوف أجبرد من تأهيلي لمدة سنتين **لـ الاختراق الأول وللأبد لـ الاختراق الثاني**.

إذا قمت بالمتاجرة أو بيع كوبونات طعام قيمتها 500 دولار أو أكثر، قد أجبرد من أهليتي **للأبد**.

### شهادة المتقدم بالطلب / المنتفع

لقد أجبت على الأسئلة أعلاه وقرأت كافة المعلومات. إني ملم بقواعد كوبونات الطعام الجديدة والعقوبات المطبقة على طلبي أو طلبي المجدد للحصول على كوبونات الطعام. إني أفهم القواعد الجديدة وأوافق على الالتزام بها. أعلن مع الخصوص **لعقوبة الشهادة بالزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن المعلومات الواردة في بيان الواقع هذا هي حقيقة وصحيحة و كاملة**.

التاريخ	توقيع (عضو الأسرة البالغ أو الممثل المفوض)
التاريخ	توقيع الشاهد إذا وقعت بوضع علامة X
التاريخ	توقيع موظف الاهيل